

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

358

Année 1908

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 juillet 1908, à 1 heure

Par Louis LUTAUD

Né à Baugy (Cher), le 5 novembre 1880

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DE

L'AGGLUTINATION DU COL UTÉRIN

PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Président : M. BAR, professeur.

Juges : MM. HARTMANN, LENORMANT et JEANNIN, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

352

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°
—

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 juillet 1908, à 1 heure

Par **Louis LUTAUD**

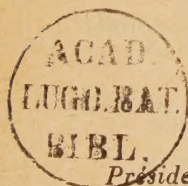
Né à Baugy (Cher), le 5 novembre 1880

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DE

L'AGGLUTINATION DU COL UTÉRIN

PENDANT L'ACCOUCHEMENT



Président : M. BAR, professeur.

Juges : MM. HARTMANN, LENORMANT et JEANNIN, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.	BRISAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	QUENU.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	G. BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.	BAR.
	RIBEMONT-DES-
	SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANCON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÖEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL (chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Nous avons été à même d'observer, dans le service d'accouchements de M. le D^r Boissard, à l'hôpital Tenon, un cas de dystocie assez rare. La cause reconnue en temps opportun et traitée comme il convenait, il ne s'ensuivit aucun dommage, ni pour la mère ni pour l'enfant. Il s'agissait d'une agglutination du col utérin pendant l'accouchement. Ce fait, rapporté dans l'observation I de notre thèse, est le point de départ de notre travail. M. le D^r Boissard nous engagea dans cette voie; nous avons pu réunir quelques observations à ce sujet dans différentes maternités des hôpitaux; nous devons à l'obligeance de M. le D^r Lequeux l'observation II, qu'il a bien voulu nous permettre de publier. Sur les sept observations, une seule a déjà paru, c'est le n° V; elle est extraite des *Archives générales de médecine* (1904-05).

Il nous a paru intéressant de mettre cette question au point. Après en avoir fait l'historique, après nous être rendu compte de sa fréquence et des conditions

dans lesquelles apparaissait l'agglutination, nous exposerons, d'après notre groupe d'observations et des observations anciennes, les caractères qui permettent de faire le diagnostic d'agglutination du col. Puis, nous examinerons quelles sont les différentes lésions, où les troubles se produisant pendant le travail, peuvent laisser croire à une agglutination du col utérin. Enfin, nous verrons quels dangers courent les femmes en travail, atteintes d'agglutination méconnue, et quel traitement il est nécessaire d'opposer à cet obstacle à l'accouchement.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer notre étude, d'adresser l'expression de notre vive reconnaissance aux maîtres qui nous ont accueilli dans leur service d'hôpital :

MM. le professeur Lannelongue et le D^r Villemin, pendant notre première année d'études ; MM. le D^r Bourcy et le professeur Reclus, pendant notre stage médical et chirurgical ; MM. les D^{rs} Savariaud et Souligoux ; M. le D^r Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine, M. le D^r Danlos, pendant nos années d'externat.

Nous voulons aussi exprimer à M. les D^{rs} Sebileau, professeur agrégé à la Faculté, à MM. les D^{rs} Lombard et Lemaître, ses assistants, et à M. le D^r Morax notre bien sincère gratitude pour leurs excellentes leçons.

Nous remercions vivement M. le D^r Lacroix de l'accueil sympathique qu'il nous a fait à sa Clinique d'oto-rhino-laryngologie.

Nous ne saurions oublier dans nos remerciements MM. les D^{rs} Bonnaire et Maygrier, professeurs agrégés, M. le D^r Tissier, qui nous ont permis de rechercher des observations dans leur service de maternité et de les publier dans notre thèse, et M. le D^r Lequeux, qui a bien voulu nous communiquer une de ses observations personnelles.

Que M. le D^r Coudert, ancien chef de clinique de la Faculté, nous permette de lui exprimer notre reconnaissance pour les bienveillants conseils qu'il nous a donnés.

Nous prions M. le D^r Boissard de croire que nous sommes vivement touché de la bonté qu'il nous a témoignée ; nous l'assurons de notre respectueux dévouement. Qu'il veuille bien recevoir aussi tous nos remerciements pour le bon enseignement clinique et pratique qu'il nous a donné dans son service de la maternité de l'hôpital Tenon.

Enfin, que M. le professeur Bar, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer, pour l'honneur qu'il nous fait, l'assurance de toute notre reconnaissance et l'hommage de notre profond respect.

I. — HISTORIQUE—ÉTIOLOGIE

Il ne s'agit ici que de l'agglutination de l'orifice externe de l'utérus ; tous les accoucheurs qui se sont occupés de cette question s'entendent à reconnaître que l'orifice externe seul est oblitéré plus ou moins complètement, et qu'il n'y a pas soudure ou accollement des parois du col sur toute sa hauteur jusqu'au niveau de son orifice interne.

La connaissance de cet obstacle à l'accouchement ne date pas de cent ans ; les accoucheurs du XVIII^e siècle et du commencement du XIX^e siècle paraissent l'ignorer ; tandis qu'ils parlent, pour les avoir observées, d'un certain nombre de causes de dystocie se rattachant à d'autres états du col utérin : la rigidité du col par exemple, dont ils ne spécifient pas la nature, mais dans laquelle ils décrivent un « orifice calleux », les oblitérations du col par cicatrices, etc. En même temps, ils connaissaient et pratiquaient chirurgicalement le traitement de ces dernières lésions

Portal en cite un cas, et il en fournit l'observation ; Smellie en relate un autre.

Amand dit bien avoir trouvé le col fermé par une membrane. Or, à moins que ce ne fût qu'un cas d'adhérence des membranes au voisinage de l'orifice externe, il serait en concordance de vue et d'expression avec Nøgelé qui voit dans la cause de l'agglutination une trame filamenteuse, et mieux encore avec Klob qui prétend qu'une sorte de membrane caduque s'interpose entre les lèvres du col.

M^{me} Lachapelle, dans un mémoire, glisse rapidement sur l'obturation du col par des mucosités épaisses et gélatineuses. Plus tard, dans son dixième mémoire, tout en employant la même expression, elle fait une description de l'agglutination et des phénomènes qu'elle occasionne :

« Nous avons vu quelquefois, dit-elle, sans déviation, ce même orifice externe ou vaginal, en quelque sorte obturé par des mucosités gélatineuses et épaisses, se dissimuler aux recherches de l'accoucheur, de telle sorte que le vagin semblait terminé par un cul-de-sac sans ouverture ; nous l'avons vu alors assez fortement *agglutiné* pour ne s'ouvrir et ne se dilater qu'après de vives et longues douleurs, et après un amincissement excessif des parois environnantes, de telle sorte qu'au premier abord on eût pu croire que les membranes de l'œuf séparaient seules du doigt de l'accoucheur la tête du fœtus. »

Voigtel ajoute deux exemples à la série d'observations.

Nœgelé, le premier, en donne une description complète, en 1835. Pour lui, l'agglutination des lèvres de l'orifice externe est due à la présence d'une « fausse membrane ou trame filamenteuse très peu résistante, cédant à la pression du doigt ; elle ressemble beaucoup à cette matière qui sert d'union entre le placenta et l'utérus, à celle qui unit le poumon et la plèvre costale ou les intestins entre eux et avec la paroi abdominale lorsque l'inflammation se termine par adhérences. »

Il en observe un cas ; il peut faire l'autopsie de la femme morte pendant le travail : la coarctation était très nette au niveau des lèvres de l'orifice externe du col.

Depaul, en 1860, l'observe pour la première fois ; mais il revient fréquemment sur ce sujet.

Mattéi, en 1862, trouve 19 cas d'agglutination sur un total de 42 observations d'occlusion du col. D'après lui, l'agglutination consisterait simplement en un épaissement du mucus.

Cazeaux et Tarnier consacrent un paragraphe à l'agglutination de l'orifice externe de l'utérus. Si les deux observations résumées de Tarnier sont typiques, il n'en est pas de même du cas rapporté par Cazeaux.

« Dans un cas où l'autopsie d'une femme morte pendant le travail permit d'en constater la nature, on trouva que la coarctation du col était tellement résistante, qu'elle ne put être déchirée ni rompue par une forte impulsion ; la membrane qui le bouchait était comme de nature aponévrotique. »

N'est-il pas permis de penser plutôt à l'oblitération cicatricielle du col ?

Bien que, depuis cette époque, cette particularité de la dystocie cervicale ait peu attiré l'attention, dans tous les traités elle se trouve décrite, et tous les manuels la mentionnent.

Dans la *Pratique de l'art des accouchements* (de MM. Bar, Brindeau et Chambrelent), l'accoucheur d'Amsterdam, M. Treub, en fait un exposé exclusivement clinique.

L'agglutination de l'orifice externe du col est observée, mais elle n'est pas expliquée. Aucune recherche histologique n'a été faite à ce sujet ; la nature de l'altération de l'orifice utérin nous est absolument inconnue, et cela s'explique, car, sauf le cas de Nœgelé, et le cas de Cazeaux où l'agglutination est douteuse, il n'a pas dû se présenter de cas de mort avant l'expulsion du fœtus, et d'autre part il était impossible de prélever, pendant le travail, un fragment à fin de biopsie.

On aurait pu seulement examiner le lambeau du col déchiré arrivant à la vulve (obs. III). Mais, nous sommes portés à croire, par analogie avec les oblitérations de toute nature, et particulièrement avec la rigidité anatomique, que les recherches n'auraient pas donné grande satisfaction ; en effet, l'examen histologique rend compte, M. Wallich l'a montré le premier, de l'œdème des lèvres du col et de la congestion des tissus, toutes lésions banales déterminées par le travail. En outre, M. Audebert a signalé une

infiltration leucocytaire très intense, que M Couvelaire a observé également.

Aussi, ce défaut de constatation directe de la cause réelle de l'agglutination, joint à la rareté des observations au sujet d'un pareil état du col utérin, explique facilement pourquoi les classiques accordent dans leurs traités une part minime à l'étude de cette cause de dystocie.

L'agglutination du col utérin est-elle un phénomène exceptionnel ? Certainement non.

Nœgelé, qui en a cependant réuni seize cas, dit qu'on l'observe rarement. Mais il fait remarquer très justement que sa rareté peut être plus apparente que réelle, car elle peut disparaître spontanément pendant le travail avant qu'on ait eu le temps de la constater. Nous pourrions douter de l'existence de ces cas à ce point fugitifs, si nous n'avions de bonnes observations de M^{me} Lachapelle. Comme Nœgelé, elle admettait que l'agglutination à un léger degré échappait au médecin, ou plutôt à son traitement chirurgical ; et elle a rapporté des observations dans lesquelles le diagnostic d'agglutination ayant été nettement posé, les contractions utérines furent suffisantes pour triompher de l'obstacle.

Les classiques ne renseignent pas sur la fréquence relative de l'agglutination chez les primipares et chez les multipares. Parmi les cas dont nous rapportons les observations, nous voyons que nous avons affaire à trois primipares de 23, 36 et 43 ans, cette dernière ayant été atteinte de métrite dix-huit ans auparavant ;

les deux autres n'ont aucun antécédent pathologique acquis : mais ce sont deux dysménorrhéiques (obs. I et II). La première a, de plus, toujours été traitée pour anémie ; elle a extrêmement souffert de dysménorrhée, depuis la puberté, puisqu'il ne se passait pas de menstrues qui ne fussent annoncées par des symptômes dont la périodicité seule atténuait le caractère alarmant : douleurs abdominales en barre transversale, bouffées de chaleur, agitation, vomissements qui nécessitent une diète de trente-six heures, puis grande fatigue. Cette dysménorrhée a été rebelle à tous les traitements médicaux qu'on a fait subir à la jeune fille, puis à la femme, qui a vu dans cette première conception le meilleur remède à tous ses maux.

La primipare de 43 ans était atteinte de métrite, dix-huit ans auparavant ; à ce moment-là, on lui a fait des scarifications sur le col utérin et elle fut soumise à un traitement électrique ; elle n'a jamais souffert de dysménorrhée.

A ces trois primipares s'ajoutent quatre secondipares de 26, 24, 39 et 31 ans. Une seule femme (sujet de l'obs. IV) présente des antécédents pathologiques : elle a toujours été irrégulièrement réglée, les périodes sont douloureuses ; de plus, elle a été atteinte de métrite qui a nécessité des soins pendant trois mois.

Il paraîtrait ainsi que l'agglutination est fréquemment liée, au moins chez les primipares, à des troubles dysménorrhéiques nettement caractérisés.

D'autre part, on note, dans bon nombre d'obser-

vations, que les membranes très tendues derrière l'orifice utérin agglutiné ont été rompues en même temps que le doigt forçait l'entrée de l'utérus, et dans certaines autres, comme dans l'observation I, que les membranes adhérant autour de l'orifice utérin, l'accoucheur les décolla circulairement avec l'extrémité de l'index. Généralement la poche des eaux est intacte ; le col est complètement effacé, mais non dilaté, et cependant la femme est manifestement en travail. Le travail se prolonge, la dilatation non seulement en raison de l'agglutination de l'orifice utérin, mais aussi du décollement tardif de l'œuf.

II. — SYMPTOMES

A quels signes peut-on reconnaître l'agglutination de l'orifice externe du col ?

Le temps normal nécessaire à l'effacement complet du col s'étant écoulé, et mieux, l'effacement étant constaté, si la dilatation de l'orifice utérin ne se fait pas, si l'on ne constate pas d'orifice au toucher, soit au centre de la tumeur qui bombe dans le vagin, soit dans un cul-de-sac ; mais si l'on sent une petite dépression lenticulaire ou un pli transversal représentant une lèvre du col, sur lequel on ne trouve aucune induration, on peut affirmer qu'il s'agit d'une agglutination de l'orifice externe du col utérin.

Une première impression frappe d'autant plus qu'elle concorde avec les dires de la malade : le vagin est sec et chaud. Il est sec ; la femme n'a pas perdu les eaux ; cependant, dans l'observation VI, la femme, à l'en croire, aurait perdu les eaux prématurément quarante-huit heures avant l'accouchement ; mais nous faisons remarquer que pendant ces deux

jours, la femme n'a cessé de perdre du sang. Dans l'observation VII, la rupture des membranes se serait produite la veille. Quoi qu'il en soit, d'après la plupart des observations, dans l'agglutination de l'orifice externe, les membranes sont intactes jusqu'au moment de l'intervention. De plus, le bouchon muqueux, dont l'expulsion marque ordinairement le début du travail n'a pas été aperçu. Le vagin est chaud, cette sensation de chaleur est comparable à celle qui est due à l'introduction du doigt dans le vagin d'une femme atteinte de métrite intense ou de vaginite aiguë, elle est plus marquée dans les cas où le travail dure depuis longtemps.

La vue doit venir ici compléter le toucher ; rarement, elle intervient pour rectifier le jugement déjà porté. Il arrive plutôt que le diagnostic est hésitant, ou qu'il n'a pas été posé nettement par le toucher ; l'examen au spéculum intervient alors nécessairement, car il importe de découvrir l'orifice s'il se trouve dans le champ du spéculum ; on peut le trouver réduit à la grosseur d'une tête d'épingle. La comparaison n'est pas exagérée ; elle se trouve dans des observations d'origines différentes. L'orifice du col est toujours, dans ces cas, beaucoup plus petit qu'on ne le suppose ; c'est d'ailleurs la seule raison qui fait que des accoucheurs très expérimentés ont pratiqué plusieurs fois le toucher vaginal sans succès, que d'autres ont pu faire le diagnostic après plusieurs examens.

Nous verrons, d'ailleurs, bientôt quelles peuvent

être les causes d'erreur, dues aux sensations que donne au toucher le segment inférieur.

En outre des signes objectifs, directs ; caractéristiques de l'agglutination de l'orifice du col, il y a un ensemble de signes indirects, qui, s'ils ne donnent pas la certitude, sont capables de mettre sur la voie, de faire penser à l'agglutination, et peuvent être considérés comme des signes de probabilité, d'ailleurs, variables ; aussi, n'y a-t-il pas qu'un tableau clinique de l'agglutination ? Cependant, à un certain moment du travail, il se produit fatalement certains phénomènes qui permettent de reconnaître l'agglutination et de prévoir les accidents qui menacent si l'on n'intervient pas.

Tarnier a constaté l'agglutination pendant la grossesse chez une femme de l'hôpital des Cliniques, et il l'accoucha dans la suite ; la résistance prolongée de l'orifice, malgré les contractions énergiques, lui donna raison. Nous ne pensons pas qu'un diagnostic aussi précoce puisse être fait couramment, d'autant plus que l'on est, le plus souvent, peu renseigné sur les antécédents de la femme, examinée pour la première fois au début du travail.

Le début du travail est normal ; puis les contractions se font plus fréquentes, les douleurs plus aiguës. La tête est engagée profondément, elle est coiffée par le segment inférieur ; le travail se prolonge ainsi : on pratique le toucher quand l'effacement est complet. On examine à diverses reprises, et à intervalles, les douleurs n'ayant pas cessé, et cependant

la dilatation n'est pas même ébauchée. Si la femme a été examinée avant l'effacement complet, on a un repère précieux, et l'on peut aller presque à coup sûr, on doit trouver l'orifice du col peu dévié de l'endroit qu'il occupait. Au contraire, si la femme a été examinée pour la première fois à la fin de la période d'effacement, complètement désorienté, on cherche en vain l'orifice du col latéralement ou au plus profond des culs-de-sac antérieur et postérieur, d'autant plus que la dilatation du segment inférieur en imposant pour une dilatation sacchriforme de la paroi postérieure du segment inférieur, on se résigne à supposer l'orifice au niveau du pubis ou plus haut où l'on ne peut l'atteindre.

Si un toucher attentif n'a pas donné de renseignements, il est prudent, avant de poursuivre un examen plus pénible, de pratiquer l'examen direct au spéculum ; il pourra, dans certains cas, permettre de limiter un point légèrement déprimé, violacé quelquefois, ou une irrégularité, une légère imbrication des lèvres du col, dont un nouveau toucher pourra contrôler l'existence.

Si l'examen au spéculum n'a donné aucun résultat, on pourra reprendre l'examen digital et le compléter au besoin par l'examen manuel.

L'examen minutieux des culs-de-sac est donc absolument indispensable. Le cul-de-sac antérieur, même s'il est très élevé sera exploré avec soin ; si la place est trop restreinte, le passage d'un doigt difficile, on fera placer la femme en position genu-pectorale : de

cette façon, le doigt pourra atteindre plus facilement le niveau supérieur de la symphyse pubienne. Le cul-de-sac postérieur est-il inaccessible, étant donné l'engagement profond de la tête fœtale qui oppose un obstacle infranchissable au doigt qui va explorer la paroi postérieure de cette tumeur en suivant la courbure du sacrum ?

L'utérus contracté depuis longtemps est comme tétanisé ; la mère se fatigue, il y a danger pour la vie de l'enfant. On ne saurait différer un examen indispensable ; il ne faut pas hésiter à introduire une main dans le vagin, sous la narcose chloroformique, incomplète si l'on veut. Après une dilatation rapide de l'orifice vulvaire, la main passera en arrière de la tumeur qui bombe dans le vagin ; épousant la forme concave de la face antérieure du sacrum, elle pourra atteindre la partie supérieure du cul-de-sac postérieur, et les doigts, se trouvant en contact par leur face palmaire avec le segment inférieur de l'utérus, pourront explorer toute sa surface en arrière et sur les côtés, grâce à quelques mouvements.

Un examen attentif ayant fait découvrir en un point du segment inférieur une légère dépression représentant l'orifice externe du col, le plus souvent à sa place normale, on pourra percevoir à son pourtour soit un certain degré d'œdème, soit une légère résistance des fibres musculaires qui avoisinent l'orifice externe.

Malgré les contractions les plus énergiques, l'orifice cervical ne s'ouvre pas, le segment inférieur des-

ceint de plus en plus profondément dans l'excavation et devient si distendu et si mince qu'il semble sentir la tête recouverte seulement des membranes : les sutures et les fontanelles sont nettement perçues ; on juge la dilatation égale à une paume de main ou complète ; c'est là une des plus fréquentes causes d'erreur.

En aucun point on ne sent d'induration ou de cicatrice ; la difficulté est de trouver la trace de l'orifice externe sur un segment inférieur uniformément distendu. L'expérience a montré qu'il n'est pas toujours uniformément aminci : la zone inférieure est souvent plus mince, c'est là qu'il faut reconnaître l'orifice du col ; le doigt, comprimant ce point contre la présentation, rompt fatalement l'agglutination.

Le diagnostic positif n'est pas toujours parfaitement établi, et il peut arriver que le traitement se fasse du même coup. C'est le cas qui se présenta une fois à Nœgelé ; lui qui avait été un des premiers à décrire l'agglutination du col se trouva à en faire le diagnostic par hasard. En voici l'observation qui est rapportée dans la thèse de Rœssel (Strasbourg, 1847).

/

« W. . . , 38 ans, bonne constitution, enceinte pour la troisième fois. Elle rapporte que, huit ans auparavant, elle accoucha heureusement d'un premier enfant, et qu'il y a trois ans, elle avait mis au monde son second enfant avec beaucoup de difficultés et non sans avoir recours au secours de l'art. Depuis cette époque, elle était régulièrement réglée. L'exploration fit reconnaître un prolapsus de la paroi droite

du uav qgini datait de ce dernier accouchement, l'orifice répondait à la symphyse des pubis et manquait de lèvres. Entrée en travail le 10 novembre, à quatre heures du soir, les eaux s'étaient écoulées sans douleurs. Les contractions utérines continuent toute la nuit, et malgré leur force et leur violence, l'orifice conserva les mêmes dispositions. On trouvait seulement une ouverture légèrement transversale, entourée d'un rebord lisse et peu résistant. Le 12 novembre, même état; en voulant examiner la femme, on sentit que le col ne se dilatait pas, mais qu'on venait de rompre une membrane, une trame filamenteuse qui tenait agglutinés les rebords de l'orifice. Dès cet instant, l'orifice commença à se dilater, et le 13 novembre, la femme accoucha d'un enfant en putréfaction. »

En même temps que l'on a affaire à une agglutination du col, il peut y avoir une déviation du col porté le plus souvent vers le sacrum, mais quelquefois aussi à gauche ou à droite, comme c'est le cas dans une observation de la thèse de Guillemin (Paris, 1855) :

« Une femme, en travail depuis un temps assez long, est envoyée à la Maternité, parce que les accoucheurs qui l'assistaient ont reconnu qu'il existait au fond du vagin un obstacle au-dessus de leurs forces. Le doigt, porté au fond du vagin, rencontra, à une profondeur moindre que celle où l'on trouve ordinairement le col de l'utérus, une espèce de cul-de-sac, continu dans toute sa circonférence avec les parois du vagin, dont il semble fermer totalement la partie

supérieure. Cet obstacle, bien fait sans doute pour embarrasser et en imposer, avait, en effet, toutes les apparences d'une membrane artificielle placée horizontalement, assez épaisse, et offrant au toucher les mêmes caractères que le reste de la membrane vaginale : en repoussant en haut cet obstacle, le doigt sentait facilement au-dessus la tête de l'enfant, engagée dans le détroit supérieur ; vers le côté droit, elle paraissait plus mince que partout ailleurs et présentait de légères inégalités. Promené sur ces inégalités, et poussé avec un léger effort, le bout du doigt sépara assez aisément les bords d'un intervalle réunis par une matière gélatiniforme et entre lesquels il pénétra sans difficulté ; bientôt sous l'effort des contractions utérines, cette ouverture se dilata et permit de reconnaître en elle le col utérin dévié à droite. »

III. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic différentiel de l'agglutination est à faire avec un certain nombre de malformations, de troubles, d'anomalies qui existent avant le travail ou que provoque le travail lui-même; l'agglutination paraît, au premier abord, n'avoir rien à faire avec quelques-unes de ces causes de dystocie. Mais si l'on songe que le diagnostic de l'agglutination est difficile, en raison de l'ignorance où se trouve fréquemment l'accoucheur au sujet des antécédents de la femme qu'il est appelé à secourir pendant le travail de l'accouchement, on verra bientôt que l'étude du diagnostic ne peut être réduit strictement à la description des lésions oblitérantes de l'orifice cervical.

Il est entendu que nous laissons de côté tous les cas de dystocie fœtale et de dystocie osseuse chez la mère.

L'absence de toute trace de col à sa place normale, dans les déviations du col, est la première cause d'erreur; le col étant ramolli et complètement effacé,

L'orifice seul peut renseigner sur la situation qu'occupait précédemment le col. Si la déviation du col est accompagnée d'obliquité du corps on peut diriger ses recherches du côté opposé; pendant la grossesse le corps a tendance à se porter dans le flanc droit, en conséquence le col se trouvera à gauche. Il en est de même dans l'antéflexion exagérée, que l'on peut observer, par exemple, chez les grandes multipares: le col est porté très en arrière et en haut. Il importe, dans tous ces cas, de redresser préalablement le corps de l'utérus.

Mais, il est d'autres cas de déviation du col, qui ne sont pas accompagnées de déplacement du corps utérin. Normalement, au début du travail, le col se trouve situé en arrière; puis, progressivement, il se porte en avant pour atteindre l'axe de l'excavation pelvienne. Indépendamment de ce déplacement physiologique du col utérin, on observe des déviations extrêmes dans lesquelles l'orifice utérin se trouve porté au niveau du cul-de-sac antérieur ou postérieur.

La cause en est dans ce qu'on a désigné avant Depaul sous le nom de dilatation sacciforme du segment inférieur, nom que cet accoucheur a adopté et consacré par de longs travaux.

La dilatation porte sur la paroi postérieure du segment inférieur; cette région est susceptible de subir une distension considérable, elle recouvre la partie fœtale qui se présente comme d'une calotte étroitement appliquée.

Depaul, dans l'observation II d'un mémoire public dans les *Archives de Tocologie* (1876), montre bien à quel point l'orifice du col peut être dévié en avant. Un dessin, joint au texte, d'après l'autopsie, reproduit les deux particularités importantes de la pièce anatomique :

Une ouverture, pratiquée chirurgicalement se voit dans la portion de la matrice qui fait saillie au fond de l'excavation, tandis que l'orifice naturel du col utérin est bien plus élevé, son bord inférieur dépassant le niveau du bord supérieur de la symphyse pubienne.

Ce seul fait indique suffisamment la nécessité qu'il y a à pratiquer soigneusement le toucher vaginal, à le compléter par le toucher manuel s'il est besoin, en usant de la chloroformisation pour pallier les inconvénients de ce mode de recherches.

Les différents cas de dystocie due à des anomalies qui surviennent dans les contractions peuvent faire venir à l'esprit la pensée de l'agglutination du col. Mais, d'ordinaire, des examens répétés à intervalle font abandonner cette idée et reconnaître la véritable cause du trouble dans le travail. Les contractions deviennent exagérées, soit par leur intensité, soit par leur durée qui se prolonge plus que normalement; ou bien, elles ont leurs caractères habituels, mais elles sont très fréquentes, l'utérus se trouve comme dans un état de tétanisation. A partir du moment où l'effacement est complet, on peut se rendre compte que

la dilatation progresse, par conséquent que l'orifice du col n'est pas oblitéré.

Il peut se produire le cas contraire : les contractions sont faibles et inégales, l'utérus arrive à ne plus se contracter, c'est l'inertie utérine ; on peut observer une régression du travail au niveau du col utérin. Mais si ces faits existent, ils sont certainement très rares dans l'agglutination.

Chez les primipares on peut s'y tromper : le col, en effet, s'efface très lentement, l'orifice externe tarde à se dilater. Il n'existe en réalité qu'un orifice punctiforme à peine perceptible au toucher. M. le Dr Maygrier en a observé un cas, chez une primipare de 41 ans. Il suffit de penser à cette particularité pour attendre avant de poser un diagnostic ; on jugera par des examens successifs de la progression lente, il est vrai, mais réelle de la dilatation.

La rigidité, spasmodique ou anatomique, du col, peut égarer.

Le spasme du col utérin, autrement dit la rigidité spasmodique, siège à l'orifice externe seulement ; il est rare à l'orifice interne. Il consiste en un resserrement actif, qui peut se produire dans le col quand il a déjà subi un certain degré de dilatation, c'est une contracture des fibres circulaires qui constituent le sphincter utérin. Cet état se présente avec des caractères bien particuliers : au toucher, l'orifice est souvent déjà dilaté ; dans ce cas les bords sont minces et tranchants, raides, tendus ; si l'orifice utérin est refermé, on distinguera ce spasme à la douleur causée

par la pression du doigt sur le col et à son irritabilité, qui explique les douleurs de reins, le ténésme rectal et vésical et les fréquentes envies d'uriner. Le peu de durée habituelle du spasme délivre de la nécessité d'un examen plus approfondi chez des femmes nerveuses et agitées, en proie à des nausées et à des vomissements; on peut noter aussi que les contractions cessant, les douleurs se prolongent encore quelque temps.

La rigidité proprement dite du col utérin, la rigidité anatomique peut être reconnue directement à chaque instant, dès la période d'effacement. Elle est due à la force passive des fibres de l'orifice qui résistent à la dilatation.

Les bords de l'orifice sont épais, résistants; souvent, le col n'est pas complètement effacé. Il est à remarquer, en opposition avec la rigidité spasmodique, que le toucher n'est pas douloureux. On trouve facilement la trace du col utérin, il ne s'agit donc pas d'agglutination. Le diagnostic est plus facile encore, si la rigidité est partielle.

Mais, nous savons, depuis les examens histologiques de M. Wallch, que cette rigidité est secondaire à une infiltration séro-sanguine; au toucher, le col a la consistance du cuir imbibé de graisse; à la vue, il est violacé.

A la notion de l'infiltration séro-sanguine, M. Couvelaire ajoute celle de l'inflammation du col. « L'inflammation aiguë du col, pendant le travail, dit-il, peut à elle seule déterminer la tuméfaction, l'indu-

ration et l'inextensibilité des bords de l'orifice. »

L'oblitération du col utérin est jugée actuellement assez rare.

On l'a notée autrefois dans un grand nombre d'observations, la thérapeutique par les caustiques en était une cause suffisante. L'interrogatoire apprenait que des traitements actifs avaient été appliqués depuis la conception : le caustique de Vienne, le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent surtout, la pâte de Canquoin, le caustique de Filhos, et le chlorure de zinc. A l'origine des oblitérations du col on trouvera plutôt, à part les manœuvres abortives, instrumentales ou médicamenteuses, toutes les interventions chirurgicales sur le col utérin : une application de forceps pour un accouchement antérieur, surtout si elle a été faite dans de mauvaises conditions, en particulier avant la dilatation complète, une mauvaise prise, des tractions trop énergiques ou trop rapides ; une basiotripsie, une embryotomie, l'application du dilatateur de Tarnier. Toutes ces contusions risquent de produire une escarre qui guérit par l'oblitération cicatricielle du col. Ce n'est pas tout de connaître les antécédents qui ont pu provoquer l'oblitération. Il s'agit d'affirmer le diagnostic et d'en préciser, s'il est possible, le degré et le siège.

L'oblitération cicatricielle est le plus souvent incomplète : elle n'a provoqué ni dysménorrhée, ni autres troubles ; elle a permis la conception.

En dehors de la grossesse, elle est habituellement

ignorée. Pendant la grossesse elle peut passer facilement inaperçue, d'autant plus que l'oblitération peut être limitée à la face interne du col ou à l'orifice interne.

Le début du travail est normal; puis les douleurs augmentent et la femme s'épuise, le travail n'avance pas; les douleurs lombaires, très accentuées, annoncent la rigidité de l'orifice utérin. Il n'y a rien d'anormal du côté du bassin, la femme est bien conformée; les contractions utérines sont plutôt exagérées, mais à un moment donné, elles peuvent diminuer et même cesser tout à fait. Le toucher fait percevoir un col dur et non dilaté; si les membranes sont rompues, la vie du fœtus est bientôt compromise. La marche de l'accouchement n'est pas toujours identique dans tous les cas; si la femme s'épuise, l'enfant meurt et le travail a tendance à s'arrêter; si la femme continue à pousser énergiquement on peut voir l'obstacle céder devant quelques contractions énergiques, mais le col ne s'entr'ouvre pas, il éclate.

Tel est l'accident à prévoir pour l'éviter; si l'oblitération siège à l'orifice externe, le col est presque complètement effacé, son induration autour de l'orifice et son irrégularité sont appréciables à la vue comme au toucher. Si l'oblitération siège à l'orifice interne, le col est ramolli, mais il a toute sa longueur, le toucher intra-cervical et rétrograde en rend compte; le doigt est arrêté par l'orifice interne qui paraît une arête rigide, le doigt ramène du sang.

Un certain chevauchement des lèvres du col, sans

produire une oblitération du col, simule l'agglutination. Velpeau, qui a décrit cette déformation, l'a vu coïncider avec un degré de déviation du col. « Divers auteurs, dit-il, font remarquer que, dans certaines circonstances, le col peut offrir une apparence particulière qui consiste en ce que la lèvre postérieure épaissie, prononcée, placée plus bas que l'autre, efface celle-ci et la couvre comme la valvule du trou de Botal en couvre la circonférence. On ne peut pénétrer dans l'utérus qu'en glissant obliquement le doigt entre les lèvres de cet orifice, et alors, on peut, sans peine, remettre l'antérieure au niveau de la postérieure. Cette disposition paraît due à une légère déviation de l'orifice en avant et à la pression de la tête sur la paroi postérieure du col ; on constatera l'inverse lorsque l'orifice du col sera porté en arrière. Cette disposition du col, la direction qu'il faut donner au doigt pour le faire pénétrer, sont bien suffisantes pour faire supposer qu'il n'existe pas de col, et ce n'est qu'en usant de la plus grande attention qu'on pourra éviter l'erreur.

En présence d'un cas d'agglutination, une des plus grandes erreurs que l'on puisse faire, dont les conséquences peuvent être très graves, c'est de croire à la dilatation complète.

Si la présentation n'est pas engagée on a bien de la peine ; à chaque contraction, il semble que la poche des eaux est refoulée dans le vagin, sous forme de saillie en boudin.

Si la tête est très engagée, la tête est recouverte

des membranes très aplaties ; les membranes peuvent ne pas être reconnues, et l'on peut croire à la présence d'une tête fœtale non recouverte de membranes. L'erreur va entraîner un grand dommage si en même temps il y a un rétrécissement du bassin ; car il sera fait une application de forceps sur le segment inférieur avec toutes ses conséquences.

Pour éviter toute erreur de ce genre, il faut non seulement recueillir, par le toucher vaginal, les sensations de minceur ou de rétinence du segment inférieur, mais encore chercher les bords de l'orifice utérin ; pénétrer au fond des culs-de-sac et les explorer : si l'on est en présence d'une poche des eaux, en remontant, le doigt arrive sur l'orifice externe contre la paroi pelvienne ; le doigt, dans le cas de distension du segment inférieur et de la cavité cervicale, est arrêté par les culs-de-sac profonds et étroits tout autour de la présentation.

C'est un cas où le médecin crut avoir affaire à une tête fœtale non recouverte des membranes que rapporte Budin dans une de ses *Cliniques* de 1889. Le médecin tenta de faire une application de forceps, mais s'en tint à l'introduction de la première cuiller qu'il retira aussitôt, devant les cris de douleurs poussés par la parturiente.

Le cloisonnement transversal du vagin peut, à un examen superficiel seulement, être pris pour une agglutination. En effet, le cloisonnement est un véritable diaphragme porteur d'une petite ouverture ; il a la forme d'une voûte, où l'on ne trouve plus de

culs-de-sac vaginaux, rien du sillon circulaire qui entoure normalement le col. On trouve d'ordinaire un petit orifice qui peut se dilater ; et, derrière, on trouve le col utérin et son ouverture normale.

Enfin, les altérations organiques dont le col peut être le siège, en détruisant l'extensibilité des fibres de l'orifice utérin peuvent être cause de la résistance du col à la dilatation pendant le travail.

La syphilis, à ses diverses périodes, peut intervenir, comme obstacle à la dilatation : l'accident primitif peut être en cause, mais surtout, à la suite, l'hyperplasie de tous les tissus ; le col reste induré, rigide, au moins partiellement. On peut avoir à incriminer des lésions secondaires ou tertiaires comme origine de la rigidité : des plaques muqueuses, des syphilides diffuses et des gommès. Une variété plus grave, caractérisée par la dureté du sol et même du segment inférieur est aisément reconnaissable au toucher : c'est la sclérose généralisée du col.

Ne comptant pas sur l'avènement de la maladie, l'interrogatoire sur les manifestations cutanées et les traitements prescrits éclairera le diagnostic.

Un cancer du col au début provoquera une rigidité qui lui est commune à toutes les affections précédentes. Les douleurs du début, les hémorragies, et surtout les eaux rousses et fétides renseigneront souvent mieux que l'examen direct, toucher vaginal et examen au spéculum.

IV. — PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Pronostic. — Le pronostic de l'agglutination de l'orifice externe du col est variable avec le degré de l'affection et l'intervention.

Mattéi, qui en a étudié un bon nombre de cas, conclut que l'agglutination n'empêche pas la grossesse d'arriver à terme ; quelquefois même, elle cause son prolongement.

Elle est ordinairement assez solide pour résister aux efforts naturels du travail (36 fois sur 42), si bien que dans quelques cas (3 fois sur 42) la femme est morte non accouchée.

Dans les cas même où l'on est intervenu un peu tard, on a eu à déplorer souvent la mort de l'enfant (7 fois sur 28), quelquefois même la mort de la mère (2 fois sur 28).

La statistique de Mattéi paraît bien sombre. Actuellement, il ne semble pas, qu'après une intervention opportune, on doive observer autant de désastres. En effet, mettant à part les agglutinations qui n'ont

pas donné la mesure de leur résistance, on peut observer que, sitôt l'agglutination détruite, la dilatation s'opère rapidement, et le travail s'accélère pour arriver à un bon résultat.

En l'absence de traitement, le principal accident à craindre, imminent au bout d'un certain temps, c'est la rupture de l'utérus. On peut en observer toutes les variétés; elles affectent fréquemment la forme de simples fissures, des déchirures linéaires ou semi-lunaires du col. On a vu de véritables lambeaux pendants, plus ou moins contus, qui atteignent la vulve, ils peuvent même se détacher complètement. Dans notre observation III, même après traitement, le col s'est déchiré en longues franges. Plus rarement, on observe un arrachement circulaire d'une portion plus ou moins large du col, cet accident étant bientôt suivi de l'expulsion du fœtus coiffé de cette calotte.

Cet accident ne se fait jamais d'une manière précoce, ni insidieuse; elle menace pendant longtemps, et l'on a tout son temps pour intervenir.

La rupture peut s'accompagner d'hémorragie plus ou moins grave; les lésions peuvent s'étendre au corps de l'utérus, au vagin, se prolonger à la vessie et donner naissance à des fistules vésico-vaginales.

Traitement. — Le diagnostic étant établi par les anamnestiques et le toucher vaginal, confirmé par l'examen au spéculum, il importe de lever l'obstacle.

Au début, il n'y a pas urgence à intervenir, si on peut attendre, l'agglutination pouvant céder aux contractions, l'auscultation du cœur fœtal donnera la

mesure de l'opportunité de la temporisation. L'agitation de la femme, la durée décideront de l'intervention qui n'offre généralement aucune difficulté ; car il ne suffit pas d'éviter la rupture de l'utérus ou la mort du fœtus, mais on est en droit de ménager les forces de la parturiente et de gagner du temps.

Les anciens accoucheurs s'armaient volontiers du bistouri pour vaincre l'agglutination. Mais il est remarquable que l'agglutination, qui résiste à l'effort des contractions énergiques de l'utérus, cède facilement à la pression du doigt. Nœgelé rapporte une observation dans laquelle le premier toucher explorateur libéra l'orifice de ses adhérences ; la même chose se passe dans l'observation VI.

Nœgelé et Grenser, dans leur traité, condamnent cette sanglante pratique. « Il est certain qu'on a ouvert dans beaucoup de cas l'orifice utérin avec l'instrument tranchant, alors qu'une simple pression de l'extrémité du doigt aurait suffi pour lever l'obstacle. »

Cazeaux et Tarnier préfèrent le doigt à tout autre instrument. On combine le mouvement de rotation à la pression : c'est le mouvement de vrille relaté dans plusieurs observations.

La conduite à tenir dépend des circonstances : si la présentation n'est pas engagée rien ne presse : le doigt n'a pas de point d'appui, et sa pression ne suffit pas toujours. Pinard et Varnier conseillent alors de placer un spéculum ou des valves, de saisir une lèvre du col avec une pince de Muscux, l'autre lèvre avec une deuxième pince et de les écarter ou simplement

de les faire tourner en les entrecroisant. Si la présentation est engagée, l'index par sa pression suffira à vaincre l'agglutination des lèvres du col, car alors le doigt prend point d'appui sur la présentation.

L'intervention sera d'autant plus facile que l'on choisira le moment d'une contraction.

On sera plus chirurgical, en se servant d'un instrument à extrémité mousse et en agissant sous le contrôle de la vue, comme nous l'avons vu faire par M. le Dr Boissard. Après avoir placé un spéculum ou deux valves et reconnu l'orifice externe, on choisit un instrument à extrémité mousse, par exemple, un hystéromètre boutonné. On l'introduit doucement à l'entrée de la dépression et on l'engage lentement à l'intérieur. Par des mouvements transversaux, on arrive facilement à libérer l'orifice de toute adhérence et à lui donner un léger écartement; cela suffit, souvent, la dilatation est amorcée, elle s'opère spontanément sous les yeux, comme par enchantement. Dans le cas de notre observation I, nous avons vu M. le Dr Boissard avancer la dilatation par l'introduction du doigt, et décoller circulairement les membranes; il importait de terminer l'accouchement chez une femme en travail depuis vingt-quatre heures; le résultat ne se fit pas attendre, puisqu'il ne se passa pas une heure avant que la femme fût accouchée.

Telle est donc la conduite à tenir dans les cas plus pressés, qui sont rares, soit que l'enfant souffrît soit qu'il y ait menace de rupture ou hémorragie. Selon

la gravité, on continuera la dilatation digitale ou manuelle plus ou moins longtemps.

Dans l'observation V, nous voyons M. Rudaux hâter la dilatation par l'introduction de la main: l'enfant se présentait par l'épaule, les bruits du cœur fœtal devenaient irréguliers; les hémorragies des derniers temps de la grossesse et l'hémorragie, peu abondante, il est vrai, mais continuelle pendant le travail, autorisaient à croire à un placenta inséré sur le segment inférieur, la femme était à bout de forces.

M. Rudaux obtint un succès complet: Une collection sanguine, tenant à distance la poche des eaux du segment inférieur, s'épancha dans le vagin; l'accoucheur introduisant toute la main dans l'utérus, perfora les membranes; la version podalique du fœtus et son extraction furent effectués. L'enfant, en état de mort apparente, fut bientôt ranimé; la délivrance, qui se fit normalement, permit de constater que le placenta était inséré sur le segment inférieur.

OBSERVATIONS

Observation I (*personnelle*).

Service de M. le Dr BOISSARD. Hôpital Tenon.

D... Louise, 23 ans, couturière, née à Paris, se présente à la consultation du service d'accouchements de l'hôpital Tenon, le 18 mai 1908 à 9 heures du matin ; enceinte pour la première fois et arrivée à la fin du neuvième mois de sa grossesse, elle éprouve, depuis la veille, les douleurs qui caractérisent le travail de l'accouchement.

L'interrogatoire de cette femme nous apprend en fait d'antécédents héréditaires que son père est mort d'hémorragie cérébrale à 57 ans, et que sa mère, actuellement vivante, eut huit enfants nés à terme et qui vécurent ; il en reste cinq vivants : quatre garçons et une fille ; la mère fit en outre une fausse couche.

Au sujet de ses antécédents personnels, la femme nous raconte qu'elle est née à Paris en 1885, qu'elle fut nourrie au sein par sa mère, qu'elle a marché à 14 mois et qu'elle a toujours bien marché.

A 3 ans elle eut une rougeole. Pendant les huit jours

qui précédèrent l'apparition des premières règles, à 15 ans, elle éprouva de grandes fatigues ; la perte de sang, durant les quatre ou cinq jours, est peu abondante. Depuis ce temps, des douleurs, intermittentes pendant la nuit qui précède les règles, se prolongent pendant la première journée et souvent la nuit suivante. Ce sont d'abord de petites douleurs, traversant tout l'abdomen, en barre transversale, accompagnées de bouffées de chaleur et d'un malaise général. Les douleurs augmentent d'intensité, elle devient très agitée et dans l'impossibilité de rester immobile au lit ; vers le matin surviennent des vomissements peu abondante de bile ; pendant cette première journée la femme s'abstient de tout aliment. Les douleurs et les vomissements atteignent bientôt leur maximum. Les cataplasmes laudanisés qu'on lui appliquait fréquemment sur l'abdomen lui procuraient un soulagement momentané ; enfin, pendant la deuxième nuit, elle voyait cesser les vomissements et diminuer les douleurs. Les trois ou quatre jours suivants, la perte de sang se faisait plus abondante et franchement rouge, sans douleur. Et ainsi, malgré la fatigue qu'elle ressentait pendant toute la semaine, elle pouvait se lever et s'occuper de son ménage.

L'écoulement sanguin se terminait normalement, sans aucun incident, vers le cinquième jour. Cette femme a toujours été traitée comme anémique ; en outre, elle fut soumise à différents traitements médicaux en raison de la dysménorrhée qu'elle présentait : l'antipyrine, l'apiol furent toujours inefficaces.

Elle ne subit jamais de traitement local. Cette femme fut donc régulièrement mais péniblement réglée jusqu'au

6 août 1907. C'est de cette époque que datent ses dernières règles. Il est à noter cependant que le 6 ou le 7 septembre apparut sans aucune douleur ni vomissements, un léger écoulement sanguin qui d'ailleurs ne se prolongea pas. Malgré tout, la suppression des règles n'amena pas dans l'état de notre malade une amélioration notable : pendant les quatre premiers mois de sa grossesse, il ne se passait presque pas de nuits qu'elle n'eût des vomissements avec grands efforts.

Vers le quatrième mois, un médecin consulté fait le diagnostic de grossesse et de son âge. Passé quatre mois, elle se sentit mieux et se mit à manger de bon appétit : elle arriva sans fatigue à l'approche du terme. Huit jours avant l'accouchement une douleur très violente dans l'abdomen l'oblige à s'arrêter net ; elle se repose. Deux jours avant, elle ressent le soir de petites douleurs, qui ne l'empêchent pas de dormir.

Le 17 mai 1908, dans la journée, les douleurs s'installent, augmentent d'intensité et de fréquence, vers 10 heures elles reviennent à intervalle d'un quart d'heure, et vers une heure du matin, toutes les cinq minutes.

Une sage-femme qui lui donne ses soins chez elle l'examine à minuit, puis à différentes reprises jusqu'à 2 heures du matin. Elle constate le travail, mais ne trouvant l'orifice utérin, elle fait demander un médecin qui l'examine à son tour et qui décide la femme à aller à l'hôpital, où elle arrive à 9 heures du matin.

L'examen de la femme à son entrée fait constater que le fond de l'utérus est situé à un travers de main au-dessus de l'ombilic, par conséquent que l'utérus est développé

comme dans une grossesse à terme. Les seins présentent une aréole pigmentée.

Ni albumine ni sucre dans les urines.

Le palper permet de reconnaître une présentation du sommet en position gauche. Le dos est à gauche ; à l'auscultation, on entend les bruits du cœur fœtal à gauche, ils sont bons.

Le toucher vaginal permet de constater que le segment inférieur est uniformément distendu et très aminci. Nous ne trouvons pas trace de col, il est complètement effacé. La partie centrale où l'on devrait reconnaître l'orifice du col est œdématisée ; nous cherchons l'orifice du col en arrière dans le cul-de-sac postérieur, mais nous ne le trouvons pas ; nous explorons les culs-de-sac latéraux et le cul-de-sac antérieur, pas d'orifice ; nous complétons notre exploration sur toute la surface du segment antérieur, mais en aucun point nous ne trouvons de trace d'orifice cervical. Plusieurs élèves du service de garde pratiquent le même examen, sans résultat.

M. le Dr Boissard limite, au doigt, une dépression minuscule, au centre de la région œdématisée qui ne peut être que ce qui reste des bords de l'orifice utérin et fait le diagnostic d'*agglutination* du col.

La femme est placée, en travers du lit, dans la position obstétricale ; elle est endormie au moyen du chloroforme. M. le Dr Boissard introduit deux valves, et l'on peut constater la présence d'une légère dépression cupuliforme, à la surface de la masse qui bombe dans le vagin. Cette dépression lenticulaire n'est pas un pli des tissus ramollis, mais bien un pertuis qui permet l'introduction d'un hys-

éromètre à extrémité mousse. Quelques mouvements de latéralité imprimés avec l'extrémité de l'hystéromètre permettent de distendre l'orifice du col. M. le Dr Boissard reconnaît alors au doigt une plus grande épaisseur de l'orifice externe. Les membranes adhèrent à l'orifice, et elles sont décollées à mesure que le doigt dilate l'orifice. Cette dilatation se fait progressivement; le liquide amniotique s'écoule par l'orifice et la tête vient appuyer directement à l'orifice que l'on voit se dilater à mesure sous la pression de la tête qui bombe dans le vagin et que l'on aperçoit.

La dilatation est bientôt complète. L'expulsion s'effectue spontanément en un quart d'heure.

L'enfant est vivant; c'est un garçon pesant 2.750 grammes en bon état; long de 44 centimètres Les principaux diamètres de la tête sont:

OF.	11.
OM	12.5
Bi P	8.8
Bi T	8.
Sous O. Br.	9.3

La délivrance est terminée une demi-heure après. Le placenta de forme circulaire pèse 400 grammes.

Les membranes sont déchirées, incomplètes; le cordon est normal.

Le périnée est intact.

Les suites de couches sont normales.

La femme sort de l'hôpital le 30 mai. Elle est examinée avant sa sortie; tout est absolument normal. Une seule chose l'inquiète, c'est de savoir si désormais ses règles seront

moins douloureuses. Elle part satisfaite avec l'assurance que M. le D^r Boissard lui donne que tout ira bien.

Observation II

Due à l'obligeance de M. le D^r LEQUEUX.

M^{me} R..., 36 ans. Primipare.

J'ai examiné à diverses reprises M^{me} R..., âgée de 36 ans, dans le cours de sa grossesse. Enceinte pour la première fois, ses dernières règles dataient du 5 septembre. La grossesse était normale ; il n'y eut à noter qu'une diminution de la salivation et de l'oligurie.

Le 10 juin, la tête n'est pas engagée mais peu mobile, en position OIGA.

Les bruits du cœur sont bons, perçus à gauche ; le bassin est normal.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Je constate une certaine résistance des parties molles.

Le 22 juin, à 4 heures du matin, apparaissent les premières douleurs. Je suis appelé dans la matinée ; je crois trouver un orifice cervical en haut et en arrière, dilaté comme une pièce de 5 francs ; mais j'ai l'impression que je suis séparé de la tête fœtale par autre chose que la poche des eaux, car je ne la délimite pas bien de l'orifice du col.

En réalité, il s'agit d'un amincissement du segment inférieur, et non d'une dilatation.

Je revois la malade le soir : même état. La garde (M^{me} C...) me dit avoir trouvé le col très haut et en arrière, dilaté comme une pièce de 2 francs, presque inaccessible à bout de doigt.

Je pense à une dilatation sacciforme du cul-de-sac antérieur et je conseille des bains.

Comme le soir, la femme est très agitée, je lui donne en deux injections sous-cutanées, à intervalle de temps, 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine qui la calment un peu ; je la laisse pour la nuit aux soins de sa garde, dans l'espoir de trouver le lendemain matin un accouchement terminé.

Il n'en est rien. Le matin j'examine la malade : le vagin est sec comme la veille, je ne trouve pas l'orifice cervical.

Je fais alors respirer à la malade un peu de chloroforme ; elle est bientôt assez anesthésiée pour me permettre de compléter mon examen qui me montre que partout je suis en contact avec le vagin dont je fais facilement le tour avec le doigt. Le segment inférieur est aminci au point de faire croire à une dilatation complète, mais il n'y a pas de doute, la dilatation est nulle, et je ne peux malgré un examen attentif découvrir nulle part d'orifice cervical. Je pense à l'occlusion anatomique ; mais j'avais constaté, pendant la grossesse, l'existence d'un col. J'interroge la malade ; l'anamnèse m'apprend que les règles ont toujours été laborieuses, que le travail ne s'est pas accompagné d'expulsion du bouchon muqueux. J'étais, sans aucun doute, en présence d'un cas d'oblitération de l'orifice cervical. Je quitte la malade à 10 heures du matin, en recommandant à la garde de s'abstenir de toucher vaginal en attendant M. le Dr Polocki que je vais demander. Il arrive à 4 h. 1/2. M. Polocki reconnaît, au toucher, une zone irrégulière et plus mince, qu'il déprime avec l'extrémité de l'index ; le doigt pénètre

facilement dans l'orifice ainsi produit dont le bord est mince et régulièrement circulaire.

C'est bien l'orifice cervical ; il y avait *agglutination* de l'orifice externe. Bientôt après on constate une dilatation qui s'accroît rapidement et devient égale à une pièce de 5 francs. A partir de ce moment, le travail avance, mais lentement ; à 7 heures se fait spontanément la rupture des membranes.

Je fais, à 8 heures du soir, un nouvel examen : la dilatation est égale à une petite paume de main.

Les contractions sont rares et peu vigoureuses, mais la malade est très agitée ; je lui fais une injection sous-cutanée de morphine.

A minuit, la dilatation est égale à une grande paume de main ; la rotation est incomplète. A 2 heures du matin la dilatation est complète, la tête est dans l'excavation. Je fais une application de forceps, et j'extrais un enfant du sexe masculin ; en raison de la résistance des parties molles, l'extraction est longue et pénible. Le périnée est intact. La prise a été oblique ; l'enfant a une paralysie légère.

La délivrance naturelle et complète est terminée une demi-heure après.

Une hémorragie survient aussitôt après l'expulsion du placenta ; l'utérus ne revient pas bien sur lui-même, il y a inertie utérine.

Je constate, au fond de l'utérus, la présence d'un petit fibrome.

Je fais une injection vaginale chaude, puis une injection utérine ; je fais pendant quelques instants du massage abdominal.

A 4 heures, je me retire. La sage-femme continue le massage et donne trois injections jusqu'à 6 heures du matin.

Les suites de couches furent normales.

Observation III

Service de M. le Dr PORAK. Maternité, janvier 1907.)

H..., 26 ans, ménagère. Agglutination du col chez une secondipare. Pas de sensation de l'orifice. Perforation, avec le doigt, à l'endroit le plus aminci de la partie de l'utérus qui bombe dans le vagin.

H..., 26 ans, ménagère, enceinte pour la deuxième fois.

Antécédents héréditaires. — Le père est actuellement vivant et bien portant. La mère est morte à 45 ans, à l'époque de la ménopause.

Antécédents personnels. — La femme H..., qui se présente à la maternité, a été élevée au sein maternel jusqu'à quatre mois, puis au biberon. Elle a fait ses premiers pas à 18 mois, et elle a toujours bien marché depuis.

Elle a eu une rougeole. Puis, atteinte de cataracte, elle a été traitée pendant cinq ans par un docteur spécialiste ; elle a subi différentes opérations qui n'ont abouti à aucun résultat.

Les premières règles sont apparues à l'âge de 13 ans, régulières, peu abondantes, d'une durée de trois à quatre jours. Elle a toujours été bien réglée depuis.

La première grossesse date de 1900 ; elle est arrivée à terme : l'enfant est actuellement bien portant. La mère présente de l'albumine pendant les suites de couches ; elle

est soumise au régime lacté pendant trois semaines. A sa sortie de l'hôpital Boucicaut où elle était accouchée, il lui vient un abcès au sein gauche, pour lequel elle subit deux incisions ; l'abcès dure trois mois.

Deuxième grossesse, actuelle. Les dernières règles datent du 25 mars 1906, ce qui ferait la grossesse à terme. Elle n'a ressenti aucun malaise pendant la durée de la gestation et pour cette raison, elle ne consulte pas.

Le 22 décembre 1906, ayant des contractions douloureuses, elle se présente à la maternité, où elle est admise à 8 h. 12 du soir. Elle est conduite aussitôt à la salle de travail : les contractions, peu fréquentes, deviennent tout à fait irrégulières, puis tout rentre dans l'ordre.

En somme, il s'est produit un faux travail. M^{me} la sage-femme ordonne un purgatif de deux verres d'eau de sedlitz et fait transporter la parturiente à la salle Désormaux où elle reste jusqu'au 11 janvier 1907.

Les contractions reparaissent dans la journée du 11 janvier, la femme descend à la salle de travail à 3 heures après-midi.

A l'examen général, c'est une femme de petite taille paraissant bien conformée. Il n'y a rien à signaler du côté du squelette, ni des membres inférieurs ; rien non plus du côté des organes génitaux externes. Les urines sont normales.

On constate l'existence de deux cicatrices au niveau du sein gauche, trace des incisions de l'abcès après la première grossesse.

A l'examen obstétrical : l'utérus est volumineux, le sommet fixé au détroit supérieur ; le dos est situé à gauche,

les petits membres à droite, le siège au fond de l'utérus.

A l'auscultation, les bruits du cœur fœtal sont bons, perçus à gauche de la ligne médiane.

Au toucher vaginal, on constate que le vagin est court. La première sensation est celle d'une poche des eaux. En voulant insinuer le doigt pour aller à la recherche de l'orifice utérin, on arrive dans les culs-de-sacs vaginaux dont on fait facilement le tour.

Directement en arrière, sur la ligne médiane, on sent une légère bride d'avant en arrière, comme celle d'un ligament utéro-sacré. Une exploration plus attentive fait sentir à droite un léger repli en demi-lune qui se termine en s'effaçant directement en avant. En arrière, ce mince repli fait une saillie d'un demi-centimètre environ dans la partie la plus profonde, et il est appliqué sur la tumeur qui bombe dans le vagin. En aucun point de cette tumeur circonscrite par les culs-de-sac vaginaux on ne trouve l'orifice utérin, et pas davantage de saillie ou de dépression correspondant au col ou à son orifice. Cette partie qui bombe est absolument lisse et unie sauf en un point vers la gauche où il existe une légère granulation de la grosseur d'une tête d'épingle. Derrière la membrane mince, on sent une certaine quantité de liquide et la tête au détroit supérieur.

A l'aide de deux valves, les parois du vagin sont écartées; on remarque un point violacé légèrement déprimé.

En écartant ainsi le vagin, il ne s'écoule ni glaires, ni sang provenant de l'utérus. Il y a bien quelques gouttelettes de sang, mais elles viennent d'une petite lésion déterminée par l'examen du repli du côté droit.

Le 11 janvier 1907, à 6 heures du soir, M. le Dr Porak examine la femme, et, ne pouvant déterminer exactement la partie correspondant à l'orifice externe du col utérin, perfore à l'aide du doigt le point le plus aminci de la partie qui bombe dans le vagin. Ce point est assez rapproché et un peu en avant du repli signalé plus haut.

L'orifice artificiel qui vient d'être fait présente rapidement une dilatation d'une paume de main ; il est à bords dentelés et l'une de ses franges, amincie, descend jusqu'à l'orifice vulvaire.

A 6 h. 15, M. le Dr Porak rompt la poche des eaux ; peu de temps après, la tête est inclinée sur son pariétal antérieur ; elle descend en même temps que la dilatation se complète, et, à 8 heures du soir, la période d'expulsion commence. Les contractions reviennent toutes les deux minutes ; les bruits du cœur fœtal sont bons.

A 9 heures du soir : accouchement spontané en occipito-pubienne d'un enfant cyanosé mais qui respire bientôt après.

L'enfant, du sexe masculin, est dans un bon état. Il est long de 50 centimètres, et il pèse 4.250 grammes. Les diamètres de la tête sont :

O F	—	12 c.	Bi P	—	9 c.
O M	—	13 c. 5	Bi T	—	7 c. 5
			Sous O Br.	—	9 c. 5

Pendant toute la durée de la période de dilatation, il se fait un écoulement de sang pur qui persiste après l'expulsion de l'enfant. On hâte donc la délivrance qui est faite par traction et expression combinées.

Le placenta est complet ; il pèse 570 grammes. Les membranes sont complètes.

L'hémorragie continue ; l'utérus est bien rétracté, on fait des injections vaginales chaudes, en même temps qu'on maintient fortement l'utérus.

A l'examen des organes génitaux après l'accouchement, on constate qu'il n'y a pas de lésions. Le périnée est intact. On fait une toilette rapide, un pansement au niveau des organes génitaux externes ; les jambes sont croisées. On fait une injection d'ergotine.

Suites de couches. — Le 14 janvier, l'écoulement lochial est normal ; montée laiteuse. Le 16 janvier, les seins sont douloureux, on fait un pansement compressif. Le 19 janvier, les seins sont moins douloureux. Le 25 janvier, la femme sort guérie de la maternité.

Observation VI

(N° 556, 5 mars 1905. *Maternité.*

Service de M. le Dr PORAK.)

R..., employée, 24 ans.

Secondipare.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Cette femme a été élevée au biberon, ignore à quel âge elle a fait ses premiers pas.

A l'âge de 2 ans, elle a cessé de marcher, elle ignore la cause de cet arrêt. Elle a eu mal aux yeux à 3 ans ; à 4 ans la coqueluche et la rougeole, et depuis jamais rien.

Les premières règles sont apparues à 13 ans non régu-

lières, douloureuses, d'une durée de trois à quatre jours.

La première grossesse s'est terminée par la naissance d'un enfant mort ; les suites de couches furent normales. Mais quelque temps après cet accouchement, souffrant de douleurs très vives au niveau de l'hypocondre droit elle alla consulter un médecin qui fit le diagnostic de métrite, elle fut traitée pendant trois mois. Les douleurs disparurent, les règles ont toujours été irrégulières.

Deuxième grossesse actuelle. — Dernières règles du 25 au 28 mai 1904, ainsi la grossesse doit être à terme ; à la fin du premier mois elle dit avoir perdu un peu de sang pendant trois jours. Au début de la grossesse elle dit n'avoir eu aucun malaise, mais des *pertes jaunes verdâtres* jusqu'au sixième mois de sa grossesse.

Au huitième mois de sa grossesse, elle consulte une sage-femme qui la tranquillisa en lui disant que tout se passait normalement. Pas d'albumine dans les urines.

Le 2 février, la parturiente est hospitalisée à l'Asile Sainte-Madeleine jusqu'à ce jour où, ressentant des douleurs, elle est amenée à la maternité à 5 heures du matin, le 5 mars 1905.

Examen. — C'est une femme de grande taille, rien à signaler du côté du squelette ni des membres inférieurs. Seins et mamelons bien conformés.

Examen obstétrical. — Au palper, on sent un utérus comme pour une grossesse à terme, tumeur dure, ronde et régulière s'engageant. Siège au fond de l'utérus ; partie plane qui est le dos à gauche.

A l'auscultation les bruits du cœur sont bons à gauche au niveau de l'ombilic.

Au toucher vaginal, une élève constate une dilatation d'une paume de main ; l'aide de la salle examine bientôt après la parturiente, contourne le cul-de-sac et ne trouve pas d'orifice ; en un endroit, cependant, elle (M^{lle} Connes) sent une légère dépression et porte le diagnostic d'agglutination du col. La parturiente a perdu quelques glaires et pense avoir perdue de l'eau. Un examen plus attentif permet à la première élève de rectifier son erreur, avouant avoir pris tout d'abord le segment inférieur aminci pour la dilatation.

Madame la sage-femme en chef examine la parturiente et porte le diagnostic d'agglutination du col au premier degré.

A 10 heures du matin, M. le Dr Porak fait le diagnostic d'agglutination du col ; en un certain point, on sent une petite dépression et M. le Dr Porak exerce à cet endroit une légère pression avec l'index ; à ce moment l'agglutination cède, la poche des eaux se rompt et la dilatation est en un instant d'une grande paume de main. Les contractions sont fréquentes, grandes et régulières ; les bruits du cœur sont bons ; à chaque contraction, du liquide amniotique s'écoule en assez grande quantité.

A 11 h. 25, la dilatation est complète ; la parturiente pousse énergiquement ; en quelques contractions la tête se dégage par ses diamètres SOB — SOF — SOM. Elle opère son mouvement de rotation externe et le tronc suit sans difficulté.

La durée du travail a été de huit heures trente minutes.

L'enfant, du sexe féminin, est en bon état, d'un poids de 3.500 grammes et long de 48 centimètres.

Les principaux diamètres de la tête sont :

Occipito-frontal.	11 cm.
Occipito-mentonnier.	13 cm.
Bi-pariétal.	9 cm. 5
Bi-temporal.	8 cm. 5
Sous-occipito-bregmatique.	10 cm.

La délivrance naturelle et complète est terminée une demi-heure après l'accouchement. Le placenta pèse 550 gr. ; le cordon et le liquide amniotique sont normaux. Le périnée est intact.

Les suites de couchés sont normales ; la femme sort le 16 mars, le onzième jour.

Observation V

Publiée par M. le Dr P. RUDAUX (*Archives générales de médecine*, tome I, n° 23 — 3, 1904-1905).

Le 22 mai, à 4 heures de l'après-midi, nous sommes appelé auprès d'une primipare, âgée de 43 ans, en travail depuis 8 heures du matin et surveillée par un confrère. Nous apprenons que cette femme est à terme, les dernières règles étant survenues le 22 août, qu'au début de la grossesse sont apparus très rapidement des malaises et des nausées, puis à la fin du premier mois, des douleurs vésicales, abdominales et lombaires qui ont persisté jusqu'à la fin du troisième mois.

Le 3 janvier, elle fait une chute sur le ventre ; à la même époque survient une grippe nécessitant un repos au lit de quinze jours, pendant lequel elle eut une hémorragie brus-

et courte ; elle perdit, dit-elle, un flot de sang, sans aucune douleur et tout rentra dans l'ordre.

Au septième mois une nouvelle grippe, accompagnée de lipothymies et de vomissements abondants, nécessite encore une fois un séjour au lit d'une semaine environ.

Dix jours avant l'accouchement une hémorragie se produit de nouveau ; d'abord légère, elle va en augmentant et s'accompagne de douleurs expulsives très vives, chaque contraction douloureuse est suivie d'une expulsion de sang liquide et rouge sous forme de jet. Cette crise dure de 8 heures du soir à 2 heures du matin ; les douleurs sont accompagnées d'un écoulement persistant mais très peu abondant.

A notre arrivée notre confrère nous dit que la *dilatation est complète, la poche des eaux très considérable et saillante dans le vagin* et qu'aucune partie fœtale n'est accessible.

A l'examen nous remarquons un état général très affaibli ; le facies est fatigué, le pouls est rapide et faible. L'utérus est plus développé transversalement que longitudinalement ; le palper est assez difficile car les contractions sont à peu près continuelles ; il permet cependant de reconnaître que la tête est dans la fosse iliaque gauche, le siège dans l'hypocondre droit et les petites parties fœtales en avant.

Par le toucher nous constatons que l'excavation est occupée par une masse fluctuante donnant en effet l'impression d'une poche des eaux saillantes, mais en recherchant les bords de l'orifice utérin à travers lequel cette poche des eaux s'est engagée, nous ne les rencontrons pas. Au con-

traire nous arrivons avec le doigt dans un cul-de sac circulaire entourant notre pseudo-poche des eaux, dont la paroi forme le côté interne de la rigole circulaire.

Ce qui avait été pris pour la poche des eaux n'était donc pas autre chose que le col et le segment inférieur très amincis et distendus par une masse liquide située en arrière. Cherchant l'orifice externe du col, nous ne le sentons nulle part et nous portons le diagnostic *d'agglutination des lèvres du col utérin*.

L'orifice cervical externe est certainement oblitéré, ainsi que va nous le démontrer le résultat immédiat de l'intervention, mais nous ne pouvons cependant pas étiqueter ce cas oblitération du col, puisque huit jours auparavant cette femme a perdu du sang en assez grande quantité et que cette perte avait sans aucun doute son point de départ dans l'utérus; chaque contraction de cet organe était en effet suivie de l'expulsion d'un flot sanguin.

L'enfant est vivant, mais les bruits du cœur sont irréguliers et fréquents.

Il fallait donc prendre une décision pour terminer l'accouchement le plus rapidement possible. La parturiente, très fatiguée, est anesthésiée au chloroforme, notre intention étant de chercher, grâce au spéculum, le point, si minime soit-il, par où se faisait le suintement sanguin, puis de saisir le col avec une pince de Museux, d'introduire par l'orifice une pince à pansement fermée et d'en écarter ensuite les mors pour agrandir l'orifice comme le ferait un dilateur. Tous ces préparatifs furent inutiles, car grâce au sommeil chloroformique et au *toucher manuel*, il fut possible de sentir à la partie la plus saillante de la tumeur liquide

un point aminci, que notre index put forcer grâce à des mouvements de vrille.

Une fois l'orifice cervical agrandi, une assez grande quantité de sang retenu en arrière s'échappa au dehors. Les parois du segment inférieur et du col, très assouplies par la distension à laquelle elles étaient soumises, se laissèrent distaler facilement par la main ; celle-ci put remonter dans la cavité utérine, rencontrer la poche des eaux tenue à distance du segment inférieur par la collection sanguine, elle la perfora, alla à la recherche d'un pied qu'elle saisit ; la version faite, l'extraction du fœtus fut très facile.

L'enfant, né en état de mort apparente, fut ranimé par quelques frictions alcoolisées.

Après l'accouchement, l'écoulement sanguin cessa, la délivrance se fit normalement et permit de constater que le placenta était inséré sur le segment inférieur.

Les suites de couches furent normales ; au grand affaiblissement du début succéda un retour graduel des forces.

Il était intéressant de rechercher quelle pouvait bien être la cause de cette oblitération incomplète de l'orifice externe du col, aussi avons-nous fait une enquête aussi complète que possible sur les antécédents génitaux. C'était, avons-nous dit, une primipare (?) âgée (43 ans), qui, il y a dix-huit ans, aurait eu une métrite, catarrhale d'abord, puis hémorragique, survenue après un retard de quelques jours, pouvant faire penser à une fausse couche de trois à quatre semaines. Elle fut traitée à ce moment pendant un temps assez long, pansements vaginaux, scarifications du col, électricité. M. Auvard aurait même agité la question de l'hystérectomie.

Puis tout était rentré dans l'ordre, les périodes menstruelles furent normales, elles duraient quatre à cinq jours et ne s'accompagnaient d'aucune douleur ni avant ni pendant les règles. L'écoulement était liquide et il n'y eut jamais d'expulsion de caillots ; entre les règles elle n'accusait aucune perte blanche.

Est-il possible en présence de ces renseignements de porter un diagnostic causal ? Nous ne le croyons pas. Doit-on invoquer l'âge avancé de la malade pour une première grossesse ou les lésions laissées par la métrite ancienne et les interventions qu'elle a nécessitées ? Nous ne le pensons pas, car au doigt on ne constatait aucune trace d'induration, de sclérose cicatricielle ; l'insertion du placenta sur le segment inférieur n'explique pas non plus une oblitération de *l'orifice externe du col*. Nous pensons plutôt à une *agglutination* des lèvres du col par de la fibrine organisée, agglutination incomplète cependant puisqu'il existait certainement un pertuis par où se faisait le suintement sanguin que nous avons signalé dans les derniers jours de la grossesse, suintement bien différent de *l'écoulement flot* qui s'est produit dans le courant de janvier et au commencement de mai. Pour que celui-ci ait pu se produire avec ces caractères, il était nécessaire que les orifices du col fussent largement perméables.

Observation VI

Due à l'obligeance de M. le Dr BONNAIRE. Hôpital Lariboisière.
Service de M. le Dr BONNAIRE, n° 425, 30 mars 1907.

*Agglutination du col. Membranes rompues en ville.
Accouchement spontané : garçon vivant 3.100 grammes.
Délivrance naturelle et complète. Placenta
460 grammes. Injection utérine iodée.*

S... Angèle, 39 ans, femme de ménage.

Antécédents héréditaires. — Le père mort à 69 ans, la mère morte à 76 ans.

Antécédents personnels. — La femme ne sait pas à quel âge elle a fait ses premiers pas, mais elle a toujours bien marché. Elle a toujours été réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans 1/2. Rougeole dans l'enfance ; coqueluche à 28 ans, fièvre typhoïde il y a un an, soignée à la salle Trousseau.

Secondipare. — La première grossesse, il y a dix-sept ans ; l'accouchement s'est fait sous chloroforme ; l'enfant mal conformé (hydrocéphalie) est mort en couveuse trois jours après.

Grossesse actuelle : les dernières règles datent du 15 au 18 juin. La grossesse paraît à terme au moment où la femme se présente.

La grossesse n'a présenté aucun accident.

Les urines, examinées le jour de l'entrée de la femme à l'hôpital, sont normales.

L'examen fait reconnaître un squelette et un bassin normal ; présentation du sommet, l'engagement est effectué en position O. I. G. A. ; l'auscultation est bonne.

Cette femme, reçue le 29 mars à 8 heures du soir, dit perdre de l'eau depuis deux jours avec un peu de sang.

Le col est effacé sans-dilatation ; *membranes rompues*.

30 mars. — A 11 heures du matin, M. le Dr Bonnaire examine la femme et porte le diagnostic *d'agglutination du col*.

En pratiquant le toucher, les adhérences se rompent sous le doigt.

Les contractions sont fortes et rapprochées pendant la journée ; un grand bain est donné à 5 heures du soir.

A 9 h. 45 du soir, accouchement spontané après trente-cinq minutes de période d'expulsion. Garçon vivant, bien conformé, pesant 3.100 grammes. Les principaux diamètres de la tête sont : SoF : 10 centimètres ; BiP : 9 centimètres.

On fait une injection utérine iodée.

Dix minutes après, la délivrance naturelle et complète est terminée ; les membranes sont déchirées. Le placenta est de 460 grammes. Les suites de couches sont normales jusqu'au 8 avril, date à laquelle la mère non guérie sort sur sa demande.

Observation VII

Service de M. le Dr Maygrier. *Hôpital de la Charité*.

Agglutination des lèvres du col.

M..., secondipare, âgée de 31 ans. Ménagère.

Entrée dans le service le 10 mai 1898.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans.

Les dernières règles datent du 8 septembre 1897, ce qui fait que la grossesse est de huit mois.

Le bassin est normalement conformé.

Pas d'albumine dans les urines.

Les premières douleurs apparaissent le 9 mai 1898, à 7 heures du soir.

La femme entre à la salle d'accouchement, le 10 mai, à 10 heures du matin.

Les membranes se seraient rompues prématurément, en ville.

L'examen, à l'entrée dans la salle, fait constater un col utérin long et fermé, une présentation du sommet en O. I. D. T.

Les battements du cœur fœtal sont bons.

Le lendemain 11 mai, le col est complètement effacé, mais l'orifice reste imperceptible. A 9 heures du matin, M. le Dr Maygrier force l'orifice du col avec l'index ; la dilatation commence aussitôt, mais elle est complète à 3 h. 30 du soir.

L'accouchement a lieu spontanément à 4 h. 20 du soir (11 mai) en O P.

La durée du travail a été de *quarante-cinq heures et demie*.

Le périnée est intact.

La délivrance naturelle et complète est terminée à 4 h. 45 du soir. Le placenta pèse 400 grammes.

L'enfant, du sexe masculin, est d'un état général faible ; il pèse 1.900 grammes et a une longueur totale de 45 centimètres.

Les principaux diamètres de la tête de l'enfant sont : O.F. : 9 ; SoB. : 8.3 ; B.P. : 8.2.

Les suites de couches sont normales.

La mère et l'enfant sortent de l'hôpital le 24 mai, en bon état.

CONCLUSIONS

1° L'agglutination du col utérin n'est pas un fait exceptionnel.

2° Elle siège à l'orifice externe du col.

3° L'agglutination est difficile à reconnaître en dehors du travail de l'accouchement. Pendant le travail, où elle est souvent prise pour de la rigidité, elle se caractérise cliniquement par l'absence de dilatation de l'orifice du col, chez une femme dont le col est arrivé à l'effacement complet depuis de longues heures, avec distension et amincissement du segment inférieur.

4° Contrairement à ce qu'on observe dans les oblitérations cicatricielles, causées par des manœuvres chirurgicales ou obstétricales, ou des accidents qui se rattachent à un accouchement antérieur, on ne note habituellement, dans les antécédents des femmes qui présentent de l'agglutination du col, que de la dysménorrhée.

5° L'agglutination du col coïncide fréquemment avec une adhérence anormale des membranes.

6° Le toucher vaginal et l'examen au spéculum, s'ajoutant à un interrogatoire minutieux de la malade, feront éliminer les autres causes de dystocie ayant pour origine les parties molles.

7° Le pronostic de l'agglutination du col dépend d'abord de la connaissance de ce phénomène pathologique, puis du traitement.

Abandonnée à elle-même, l'agglutination fait courir à la parturiente les risques d'une rupture utérine ou d'une déchirure du col plus ou moins étendue, et suivie d'hémorragie, et à l'enfant ceux d'une mort par la longueur du travail.

8° Le traitement consiste à introduire l'extrémité de l'index sur le point reconnu comme étant l'orifice externe et à imprimer au doigt un mouvement de vrille, en choisissant le moment d'une contraction.

On est souvent obligé d'agir à découvert, après l'introduction du spéculum, et de se servir d'une tige métallique à extrémité mousse pour libérer les lèvres de l'orifice externe du col utérin et amorcer la dilatation.

Vu : le Président de la thèse.

P. BAR

Vu : le Doyen :
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT. — Arrachement circulaire du col de l'utérus pendant l'accouchement. *Archives médicales de Toulouse*, 1903.
- AUVARD. — Pseudo-rigidité du col par inclinaison de l'utérus. *Semaine médicale*, 11 février 1891.
- ARTIÈRES. — Déchirures du col de la matrice et trachillorrhaphie. *Thèse Montpellier*, 1891.
- BAR-BRINDEAU-CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements.
- BAR. — Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886.
- BOYER. — Contribution à l'étude de l'oblitération du col utérin chez la femme en couches. *Thèse Paris*, 1890.
- BAILLY. — *Archives de tocologie*, mars 1879.
- BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale, 1889.
— *Progrès médical*, 2 et 16 avril 1887.
- COUVELAIRE. — Rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin par inflammation aiguë du col au cours du travail. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juin 1908.
- CADÉAC. — Rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. *Thèse Paris*, 1859.
- CADIERGUES. — Contribution à l'étude des déchirures obstétricales du col. *Thèse Paris*, 1892.

- CAZEAUX ET TARNIER. — Traité d'accouchement, 1867.
- CARBONEL. — Du traitement des métrites par le chlorure de zinc en solution. *Thèse Bordeaux*, 1893.
- CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements.
- CHAMBAUD. — *Archives de tocologie*, 1875.
- DEPAUL. — De l'oblitération du col de l'utérus chez la femme en couches et de l'opération qu'elle réclame, 1860.
- *Archives de tocologie*, 1876-1877.
- DUBREUIL. — De l'emploi du nitrate d'argent et du caustique de Filhos dans le traitement des ulcérations du col. *Thèse Paris*, 1852.
- DOLÉRIS ET M^{me} MESNARD. — Syphilis du col. Fausses rigidités du col utérin pendant l'accouchement. *Nouvelles archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1884-1885.
- DUBRISAY ET JEANNIN. — Précis d'accouchements.
- GUILLEMIN. — Considérations sur divers états du col de l'utérus faisant obstacle à l'accouchement spontané. *Th. Paris*, 1855.
- M^{me} LACHAPELLE. — Pratique des accouchements. Paris, 1821. Tome III, 10^e mémoire.
- LABORIE. — Du débridement du col de l'utérus. *Gazette médicale de Paris*, 1846.
- LABORDE. — Des hémorragies par déchirures du col de l'utérus après l'accouchement.
- MATTEI. — *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, 1862.
- MAYGRIER. — Cliniques, 1893.
- MARNEAU. — Accidents consécutifs à la cautérisation intra-utérine par le crayon de la pâte de Canquoin et leur traitement. *Th. Paris*, 1891.
- NOEGELÉ. — Mogostocia et conglutinatione. *Société d'Heidelberg*, 1835.
- NOEGELÉ ET GRENSER. — Traité des accouchements, 1869. Traduction d'Aubenas.
- ROESSEL. — Du col de l'utérus dans l'accouchement. *Thèse Strasbourg*, 1847.

- RIBEMONT-DESSAIGNÈS ET LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- RUDAUX. — Diagnostic et traitement de l'oblitération de l'orifice externe du col utérin pendant le travail. *Archives générales de médecine*, 82^e année, 1904-1905.
- TISSIER. — Résistance du col à la dilatation pendant le travail de l'accouchement. *Thèse Paris*, 1860.
- TAURIER (Victor-Michel). — Rupture de l'utérus pendant la grossesse et pendant le travail de l'accouchement. *Thèse Paris*, 1853.
- TAURIER. — Rétrécissement cicatriciel du col. *Thèse*, 1895.
- TOLÉDO. — Sur la rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement. *Thèse Paris*, 1890.
- TARNIER ET BUDIN-MAYGRIER. — Traité d'accouchements.
- VELPEAU. — Traité d'accouchements, tome II.
- WALLICH. — Éléments d'obstétrique.
- Étude histologique du col de l'utérus pendant l'accouchement dans deux cas de rigidité de l'orifice.
 - *Société obstétricale et gynécologique*, février 1890.
 - *Bulletin de la Société anatomique*, février 1890.

